

Kundkod beställaretkett eller beställaradress.

--	--	--	--	--	--	--	--

Läkard / ert ordernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Patientetikett / Gärna streckkodsetikett / Personnummer och namn

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Kundkod betalningsansvarig om annan än beställaren.

--	--	--	--	--	--	--	--

Meddelande till laboratoriet / provtagarens telefonnummer



Laboratoriets anteckningar

LA MA
 LU TR
 HG KD
 EN HM
 YS SI

*Se speciella anvisningar i Analysportalen www.skane.se/labmedicin

Provtagarens RS-id/id

--	--	--	--	--	--	--	--

AKUT-svar markera i rutan

3764424730

Provtagning

Kapillärt

Fastande

Hälsovård

Patientid ej styrkt

Belastning

Dag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Tim	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	Min	00	10	20	30	40	50
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> S-Kalcitonin* M1	<input type="checkbox"/> P-Progesteron <input type="checkbox"/> P-Testosteron <input type="checkbox"/> P-Prolaktin* <input type="checkbox"/> P-Teofyllin <input type="checkbox"/> P-Valproat	<input type="checkbox"/> P-Östradiol M9 <input type="checkbox"/> P-SHBG <input type="checkbox"/> P-FSH <input type="checkbox"/> P-LH <input type="checkbox"/> P-T3, total <input type="checkbox"/> P-T4, total	<input type="checkbox"/> DNA-FII, PT mutation M17 <input type="checkbox"/> DNA-FV, APC resistens <input type="checkbox"/> DNA-Laktosintolerans <input type="checkbox"/> DNA-ApoE genotyp <input type="checkbox"/> DNA-HFE genotyp <input type="checkbox"/> DNA Y-Kromosomdeletion	Enstaka Proteiner M19 <input type="checkbox"/> S-Albumin <input type="checkbox"/> S-Antitrypsin <input type="checkbox"/> S-Orosomukoid <input type="checkbox"/> S-Haptoglobin <input type="checkbox"/> S-IgA <input type="checkbox"/> S-IgG <input type="checkbox"/> S-IgM <input type="checkbox"/> S-CRP
<input type="checkbox"/> S-PAPP-A* M2 <input type="checkbox"/> S-hCG fri betakedja	<input type="checkbox"/> P-Mykofenolat* M10 <input type="checkbox"/> P-ACTH* M11 <input type="checkbox"/> B-Takrolimus M12 (Ange dosering, datum och tid för senaste dos samt intag av andra läkemedel i fritextrutan)	<input type="checkbox"/> Hemoglobinopatiutredning M18 <input type="checkbox"/> Anamnes (Anges i fritextrutan nedan) # <input type="checkbox"/> Ingår i familjeutredning Övriga familjemedlemmars p-nr anges i fritextrutan nedan. <input type="checkbox"/> Blodtransfunderad datum: _____	S-Fria lätta Ig-kedjor M20 <input type="checkbox"/> S-Transtyretin (prealbumin) <input type="checkbox"/> S-Beta-2-mikroglobulin <input type="checkbox"/> S-RBP <input type="checkbox"/> S-Ceruloplasmin <input type="checkbox"/> S-sTfR <input type="checkbox"/> S-Amyloid A	
<input type="checkbox"/> S-IGF 1* <input type="checkbox"/> S-IGF BP3* M3 <input type="checkbox"/> S-GH	<input type="checkbox"/> B-Cyklosporin M13 (Ange dosering, datum och tid för senaste dos samt intag av andra läkemedel i fritextrutan)	Fritext (Gäller för analyser märkta med #, samt vissa analyser) _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		
<input type="checkbox"/> S-Kromogranin A* M4 <input type="checkbox"/> S-AMH M5	<input type="checkbox"/> P-Renin* M14 <input type="checkbox"/> S-ACE M15 <input type="checkbox"/> P-Katekolaminer, fria* M16			
<input type="checkbox"/> S-Inhibin B M6 <input type="checkbox"/> S-GAD-ak <input type="checkbox"/> S-IA2-ak				
<input type="checkbox"/> S-C-Peptid <input type="checkbox"/> S-Insulin M7 <input type="checkbox"/> S-DHEAS <input type="checkbox"/> S-TPO-ak <input type="checkbox"/> S-Thgl <input type="checkbox"/> S-Thgl-ak <input type="checkbox"/> S-TRAK				
<input type="checkbox"/> S-Gallsyror* M8				

S-Proteinprofil # M21
Albumin, Antitrypsin, Orosomukoid, Haptoglobin, IgA, IgG, IgM och CRP ingår

U-Proteinprofil # M22
Kappa, Lambda, Albumin, IgG och Protein HC ingår.
Stickprov eller dygnsavskrivning av urin

Dygnsvolym 24 tim

--	--	--	--

Anges i milliliter

Frågeställning

M-komponent/Bence-Jones proteinuri? (ej tidigare känd)
 Känd M-komponent/Bence-Jones proteinuri, uppföljning
 Känd M-komponent, komplett remission?
 Förhöjd SR, utredning
 Tecken på inflammatorisk aktivitet?
 Antitrypsinbrist?
 Leverpåverkan?
 Hemolys/ökad erytrocytomsättning?
 Immunglobulinbrist?
 Lätt-kedje-amyloidosis, utredning

Övrig klinisk information

Anemi
 Känd leversjukdom
 Känd njursjukdom
 Infektionskänslighet
 Känd immunglobulinbrist
 P-piller/östrogebehandlings
 Gravid
 Immunsuppressiv-/kortisol-behandling
 Benmärgstransplanterad (ange datum i fritextrutan ovan)
 Infusion av läkemedel som innehåller immunglobiner senaste månaden (ange läkemedlet i fritextrutan ovan)

Fritext angiven #

Special Malmö 25 001-687	Special Malmö 25 001-737	Special Malmö 25 001-127	Special Malmö 25 001-137	Special Malmö 25 001-697	Special Malmö 25 001-777	Special Malmö 25 001-187	Special Malmö 25 001-347	AKUT Spec Malmö 25 001-347	Special Malmö 25 001
M1 //	M2 //	M3 //	M4 //	M5	M6	M7	M8 //	M8 X	X-tra etikett
Special Malmö 25 001-227	AKUT Spec Malmö 25 001-227	Special Malmö 25 001-257	Special Malmö 25 001-297	Special Malmö 25 001-267	AKUT Spec Malmö 25 001-267	Special Malmö 25 001-277	AKUT Spec Malmö 25 001-277	Special Malmö 25 001-287	Special Malmö 25 001
M9	M9	M10 //	M11 //	M12	M12	M13	M13	M14 //	X-tra etikett
Special Malmö 25 001-477	Special Malmö 25 001-157	Special Malmö 25 001-237	Special Malmö 25 001-247	Special Malmö 25 001-307	Special Malmö 25 001-657	Special Malmö 25 001-317	Special Malmö 25 001-327		
M15	M16 //	M17	M18	M19	M20	M21	M22		

Vid akutbeställning

1. Markera med kryss i AKUT-rutan
2. Märk röret med AKUT-etikett

Märk röret med etikett som har samma märkning (bokstav och nummer) som finns i beställningsrutan.